

De weg naar herstel

(Ex-)alcoholverslaafden aan het woord

Anne Sommer, Anne Dekkers en Wouter Vanderplasschen*

Verslaving wordt steeds meer beschouwd als een chronische aandoening, waarbij niet genezing maar beheersing van het probleem centraal staat. Deze omslag beïnvloedt ook onze kijk op herstel ofwel ‘recovery’. Het concept recovery werd recentelijk (opnieuw) geïntroduceerd in het verslavingsonderzoek en wordt benoemd als een langdurig proces waarbij verslaafden een kwaliteitsvol leven opbouwen en leren omgaan met terugval. Omdat deze focus vooralsnog weinig wordt toegepast in de Vlaamse verslavingszorg, besloten we de recovery-benadering als insteek te nemen voor voorliggend onderzoek. Deze exploratieve studie, op basis van diepte-interviews met tien personen die het voorbije jaar een residentiële behandeling startten omwille van hun alcoholverslaving, werpt licht op hun beleven van herstel en het ‘recovery-kapitaal’ waarover ze beschikken. We stellen vast dat zowel persoonlijk als sociaal recovery-kapitaal een essentiële bijdrage levert aan hun herstel. Als persoonlijke factoren onderscheiden de respondenten gevoelens van zelfcompetentie, aanvaarding van de afhankelijkheid en het belang van eigenwaarde en trots, terwijl de behoefte aan sociale steun en inclusie als sociale factoren benoemd worden. De maatschappelijke aanvaarding en ruime beschikbaarheid van alcohol vormen echter niet onbelangrijke struikelblokken op weg naar herstel.

* A. Sommer, master, is orthopedagoge en vrijwillig medewerkster bij de vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent.

A. Dekkers, master, is onderwijs- en onderzoeksassistente bij de vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent.

W. Vanderplasschen, Phd, is universitair docent bij de vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent. E-mail: wouter.vanderplasschen@ugent.be.

Inleiding

Gedurende lange tijd was een klinische benadering van verslaving en herstel dominant. Hierbij ziet men verslaving voornamelijk als een acute aandoening, terwijl met korte, intensieve en symptoomgerichte behandelingen naar abstinente wordt gestreefd (Laudet & White, 2010). Onderzoek wijst echter op hoge terugvalcijfers die aantonen dat veel verslaafden er - zelfs na intensieve behandeling - niet in slagen abstinent te blijven. Binnen de verslavingszorg wordt de focus daarom verlegd van genezing (klinisch herstel) naar beheersing en stabilisatie van het probleem (functioneel herstel; Van den Brink, 2005; White, 2007b). De recovery-beweging die vooral in de Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Australië opgang doet, sluit hierbij aan en benadrukt tevens het belang van persoonlijk en maatschappelijk herstel. Herstel ofwel 'recovery' wordt hierbij beschouwd als een proces van persoonlijke groei dat zich niet beperkt tot middelengebruik, maar ook betrekking heeft op andere levensdomeinen. Het uiteindelijke doel is de erkenning van verslaafden als gelijkwaardige burgers en het bevorderen van hun levenskwaliteit (Best, 2012; Laudet, 2008).

Hulpverlening kan dit herstelproces ondersteunen, maar is niet noodzakelijk. Herstel staat tegenover stagnatie ofwel het vastzitten in een situatie die men niet kwaliteitsvol acht (Davidson e.a., 2009).

Binnen het recovery-denken krijgt het concept 'recovery capital' steeds meer aandacht (Laudet & White, 2008). Het betreft bepaalde aangrijppingspunten en hulpbronnen in de persoon zelf ('personal capital') en in diens omgeving ('social capital') die het recovery-proces ondersteunen. Onder persoonlijk kapitaal vallen eigenschappen en vaardigheden van het individu, zoals veerkracht, coping-vaardigheden, ernst van verslaving en attributiestijl. Sociaal kapitaal heeft betrekking op iemands sociale netwerk en de mate waarin hij hiervan steun en aanvaarding ervaart. In de ruimere omgeving onderscheiden we hulpbronnen zoals huisvesting, werkgelegenheid, hulpverlening en zelfhulpgroepen. De mate waarin iemand een beroep kan doen op individueel en sociaal recovery-kapitaal blijkt een belangrijke voorspeller van langdurig herstel (Best e.a., 2010). Tegenover dit recovery-kapitaal staat een aantal beperkingen die het herstelproces kunnen bemoeilijken, zoals psychische problemen en sociaal isolement.

Recentelijk maakte Van der Stel (2012) in een overzichtsstudie onderscheid tussen vier vormen van herstel, die een continuüm vormen en elkaar onderling beïnvloeden: klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel. Klinisch herstel is vooral gericht op symptoombestrijding en het genezen van de verslaving, met als doel het bereiken van een abstinente levensstijl. Bij functioneel herstel ligt de focus op

het lichamelijk, psychisch en maatschappelijk functioneren. De hulpverlening is gericht op rehabilitatie van het individu, zoals een stabiele lichamelijke en geestelijke gezondheid en tewerkstelling. Maatschappelijk herstel heeft vooral aandacht voor de maatschappelijke positie van verslaafden en de stigma's die hierover heersen. Men richt zich op het verbeteren van hun rechten en zeggenschap, evenals op bewustmaking van het grote publiek en sociale inclusie. Persoonlijk herstel ten slotte heeft vooral oog voor de persoonlijke waarden, wensen en doelstellingen van verslaafden zelf. Persoonlijk herstel wordt gezien als een individueel veranderingsproces dat plaatsvindt in een specifieke sociaal-culturele context en dat de basis vormt voor andere vormen van herstel (GGZ Nederland, 2013). Deze laatste invulling van herstel sluit het meest aan bij de recovery-benadering, zoals deze ook internationaal opgang maakt in de geestelijke gezondheidzorg (Sowers, 2012; Leamy e.a., 2011).

Probleemstelling

Alcohol is veruit het meest ingeburgerde en misbruikte roesmiddel in Vlaanderen en Nederland. Schattingen over het aantal alcoholverslaafden lopen uiteen, maar wijzen op een hoge prevalentie van problematisch alcoholgebruik. Het Nationaal Prevalentie Onderzoek Middelengebruik 2009 (Van Rooij, Schoenmakers & Van de Mheen, 2011) toont aan dat 9 procent van de Nederlanders het voorbije halfjaar één tot twee dagen per week zes of meer glazen alcohol per dag dronk. In de meest recente versie van de Belgische Gezondheidssenquête wordt het problematisch alcoholgebruik bij de drinkende bevolking op 10 procent geschat (Gisle, 2008). Meer inzicht in hoe alcoholverslaafden herstellen en wat hierbij faciliterende en belemmerende factoren zijn, kan bijdragen tot het uitbouwen van een effectiever preventiebeleid en meer adequate vormen van ondersteuning.

De persoonlijke ervaringen van (ex-)alcoholverslaafden en hoe zij omgaan met terugval zijn belangrijke aspecten van het herstelproces en dragen bij tot onze kennis over herstel. Immers, om te weten te komen hoe mensen betekenis geven aan hun leven, identiteit verwerven en contacten leggen met anderen is het van belang om personen die dit proces zelf doormaken aan het woord te laten (Sowers, 2012; White, 2007b). Onderzoek naar persoonlijk herstel vond tot nog toe vooral plaats in Angelsaksische landen, meer specifiek bij personen met psychische stoornissen of verstandelijke beperkingen. Bij ons onderzoek naar ‘personal recovery’ van alcoholverslaafden in Vlaanderen stonden twee onderzoeks vragen centraal:

- Hoe percipiëren zij hun herstelproces en maatschappelijke inclusie?

- Welke hulpbronnen en struikelblokken ervaren zij tijdens het recovery-proces?

Methode

STEEKPROEF

Gezien de aard van de onderzoeksvragen is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Op basis van gerichte steekproef trekking werd getracht om ongeveer één op tien respondenten die deelnamen aan een grootschalig (kwantitatief) evaluatieonderzoek naar de uitkomsten van de behandeling van alcoholverslaving ($n = 117$) in Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen meer diepgaand te bevragen. Potentiële respondenten werden gecontacteerd twaalf maanden nadat zij deze behandeling hadden beëindigd. Bij de selectie van de respondenten werd rekening gehouden met hun geslacht, leeftijd, beroepsactiviteit, gezinssituatie en eventuele terugval.

Deze kwalitatieve verdieping van de verhalen van tien (ex-)alcoholverslaafden is exploratief van aard en wil vooral de variëteit van het her-

Tabel 1. Overzicht kenmerken deelnemers onderzoek ($n = 10$).

	Vrouw/ man	Leeftijd	Werk	Gezinssituatie	Kinderen	Eerdere opnamen
Robbert	m	42	ja	gescheiden, alleenstaand, weekendregeling	3	3
Patrick	m	58	deeltijds	gehuwd	3	2
Veerle	v	52	nee	gehuwd	1	6
Tom	m	46	ja	gehuwd	2	2
Jan	m	47	nee	gescheiden, alleenstaand	1	2
Kathy	v	41	ja	gescheiden, nieuwe partner, weekendregeling	1	1
Marie	v	46	deeltijds	gehuwd	2	3
Gerald	m	58	nee	gescheiden, alleenstaand	2	3
Samir	m	38	nee	gescheiden, alleenstaand, weekendregeling	1	2
Ellen	v	34	ja	gescheiden, nieuwe partner, weekendregeling	2	3

stelproces van verslaafden illustreren. Tabel 1 geeft een overzicht van de voornaamste karakteristieken van de geselecteerde deelnemers. Om hun anonimiteit te bewaren, is gebruik gemaakt van gefingeerde namen.

GEGEVENSVERZAMELING EN -VERWERKING

De onderzoeksgegevens werden verzameld aan de hand van diepte-interviews met personen in recovery. De interviewleidraad werd vooraf getest en besproken met een ervaringsdeskundige. Het interview bestond voornamelijk uit open vragen die focusten op de beleving van recovery en de factoren die ze als steunbronnen (recovery-kapitaal) of hindernissen benoemen op verschillende levensdomeinen. Het interview vond plaats op een in overleg met de respondent gekozen plaats en werd - met toestemming van de betrokkenen - digitaal opgenomen. De duur van de interviews varieerde van 45 minuten tot vier uur. Indien nodig, werd een tweede gesprek gepland. Voorafgaand aan het interview ondertekenden de deelnemers een ‘informed consent’-formulier.

De gegevensverwerking startte met het letterlijk uittikken en nalezen van de interviews. De onderzoeksgegevens werden geanalyseerd met behulp van het softwarepakket NVivo (Mortelmans, 2011). De interviews werden gecodeerd aan de hand van een codeerschema dat de volgende thema’s omvatte: het recovery-proces, individueel en sociaal recovery-kapitaal, belemmeringen en toekomstverwachtingen. NVivo werd gebruikt voor de thematische analyse en vergelijking van interviewgegevens over respondenten heen. Het eerste interview werd gecodeerd door twee onderzoekers (met een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van 0,83), waarna de overige interviews door de eerste auteur gecodeerd werden. Bij twijfel of onduidelijkheid werd de tweede onderzoeker geraadpleegd omwille van een accurate codering.

Ten behoeve van een horizontale en verticale analyse van de onderzoeksbevindingen zijn deze in de tabellen 2-4 per thema en per respondent weergegeven. Wanneer een bepaald (sub)thema door een respondent werd aangehaald, is dit aangeduid met een kruisje. In de volgende paragraaf illustreren we onze bevindingen met citaten.

Resultaten

RECOVERY-PROCES

Op basis van de verhalen van de tien respondenten, blijkt het recovery-proces individueel sterk te verschillen en zijn er verscheidene wegen naar herstel. We kunnen de respondenten indelen in drie clusters,

waarbij het leren omgaan met prikkels inherent aan de verslaving en met (gevoelens van) terugval steeds op een andere manier centraal staat. Een eerste groep voelt zich machteloos tegenover de verslaving en ervaart weinig kwaliteit van leven. Personen die zich in deze situatie bevinden, drinken nog regelmatig en hebben een gebrek aan toekomstperspectief. Ze leven vrij geïsoleerd en hebben geen hulpverleningscontacten. In de toekomst willen ze echter afrekenen met hun verslaving.

Bij een tweede groep is er sprake van beginnend herstel. Deze mensen kennen regelmatig momenten van terugval, maar kunnen een beroep doen op personen uit hun sociale netwerk en houden contact met de hulpverlening (bijvoorbeeld voor nazorg). Ze worstelen nog steeds met hun verslaving en hebben schuld- en schaamtegevoelens tegenover hun omgeving. Sommigen denken dat gecontroleerd drinken mogelijk is.

Bij een derde groep is sprake van ‘aanvaarding’. Deze mensen geloven dat ze altijd kwetsbaar zullen blijven voor terugval, maar zijn overtuigd van hun vaardigheden om met ‘craving’ en andere problemen om te gaan. Ze hebben inzicht in hun verslavingsprobleem en participeren bewust in een vorm van vervolgbehandeling (zoals een zelfhulpgroep en nazorg). Deze personen kunnen terugvallen op een sociaal netwerk en benoemen hun leven als kwaliteitsvol. Ze hebben de indruk dat hun omgeving hun verslaving langzaamaan heeft aanvaard.

RECOVERY-KAPITAAL

Tijdens de diepte-interviews vermeldden de respondenten verschillende vormen van recovery-kapitaal, waarbij we zowel persoonlijke als omgevingshulpbronnen onderscheiden (zie tabel 2).

Individueel recovery kapitaal. Heel wat respondenten geven aan dat ze geloven in hun eigen competenties en vaardigheden om met hun problemen om te gaan. Ze geloven dat ze deze moeilijkheden kunnen oplossen, zonder naar de fles te grijpen. Het geloof in een toekomst zonder alcohol en de bijhorende problemen, vormt voor veel respondenten een motivatie om nuchter te blijven. Tijdens de behandelingsfase en de periode erna worden ze geconfronteerd met problemen die achter hun alcoholgebruik schuilgaan.

‘Er is altijd een onderliggend probleem waarvoor je gaat drinken. En je kan stoppen met drinken, maar als je aan dat onderliggend probleem niets doet, dan ... tja’ (Tom).

Tabel 2. Aspecten van individueel en sociaal recovery-kapitaal.

Recovery-kapitaal	R	P	V	T	J	K	M	G	S	E
Individueel kapitaal										
Geloof in zelfcompetentie en omgaan met problemen										
Eigenwaarde en trots	x	x	x	x						x
Zelfzorg als prioriteit		x	x				x			x
Positief toekomstbeeld	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Aanvaarden van beperkingen	x			x						
Identiteitsverandering, zelfinzicht	x			x			x			
Bewuster gaan leven	x			x						x
Afname van gebruik	x			x			x			x
Inzicht in afhankelijkheid	x			x			x			
Oog voor eigen lichaam	x			x		x	x			
Goede daginvulling en besteding vrije tijd	x	x	x	x			x			x
Sociaal kapitaal										
Kinderen voor wie je je sterk houdt	x				x				x	
Steunende partner		x	x				x			x
Betrokkenheid en steun (klein)-kinderen	x	x	x		x	x				x
Weer vertrouwen krijgen van gezin	x			x			x			
Gezin heeft meer inzicht in afhankelijkheid en terugval				x			x			
Steun van echte vrienden	x				x			x		
Openheid over probleem	x	x	x	x		x				x
Waardering uit werk halen	x	x		x		x				
Contact met lotgenoten	x			x	x		x			
Individuele nazorg (psycholoog)	x	x	x	x		x				x
Groepsgeorganiseerde nazorg	x		x	x		x				x
Medicamenteus: Antabus en antidepressiva		x	x					x		
Beschikbaarheid psycholoog bij hoogrisicosituaties				x			x			

De aanvaarding van hun alcoholprobleem bracht voor heel wat respondenten een belangrijke identiteitsverandering met zich mee. Tijdens het herstelproces moeten ze zichzelf opnieuw ontdekken en hierdoor worstelen ze met existentiële vragen.

‘Ja, je bent eigenlijk een andere persoon, door die ontnuchtering. Dan bekijk je dingen anders dan wanneer je hele dagen dronken was. Je kijkt met andere ogen [...], je reageert anders, en daardoor ben je wel iemand anders in je gezin’ (Patrick).

Het vinden van een zinvolle dagbesteding en vrijtijdsinvulling worden als noodzakelijk aangeduid tijdens het herstelproces. Lege momenten en het wegvalLEN van een dagstructuur versterken de zucht naar alcohol.

‘Leren omgaan met van die lege momenten, leren omgaan met die craving, [...] proberen van uwen dag zodanig op te vullen dat je de dag doorkomt zonder alcohol’ (Kathy).

Sociaal recovery kapitaal. Als belangrijkste vorm van sociaal recovery-kapitaal wordt de invloed en steun van het gezin vermeld (zie tabel 2). Respondenten geven aan dat de betrokkenheid van hun kinderen en de mate waarin ze open konden zijn over hun problemen tegenover mensen uit hun omgeving, ondersteunend was voor hun herstel.

‘Je leert wel tegen wie je dingen kan zeggen en tegen wie niet. Maar ja, ik denk dat iemand met kanker dat ook wel heeft. Die moet op een bepaald moment kunnen huilen, die zoekt [...] steun, en dat kunt ge niet bij iedereen. [...] Soms is het wel gemakkelijk als mensen weten dat je een alcoholprobleem hebt’ (Tom).

Het deelnemen aan nazorg vormt volgens verschillende respondenten een belangrijke ondersteuning tijdens het recovery-proces. In contact blijven met hulpverlening en omgaan met lotgenoten die ook worstelen met een alcoholprobleem zorgt enerzijds voor steun en begrip, maar anderzijds ook voor hernieuwde bewustwording van het probleem en het risico van terugval.

‘Ik ben wel nuchter, maar als er nieuwe mensen toekomen in SOS [een zelfhulpgroep], zie je jezelf weer terug. Dat is een soort spiegelbeeld, en dat is wel confronterend’ (Patrick).

BASISVOORWAARDEN VOOR RECOVERY

De respondenten benoemen verschillende elementen die noodzakelijk zijn voor een succesvol herstel, maar die men een jaar na het volgen van een residentiële behandeling nog niet noodzakelijk heeft bereikt. Acht respondenten duiden recovery aan als een levenslang proces, waarin men continu dient om te gaan met ‘nuchter’ blijven en het risico van terugval (zie tabel 3). Het volgen van een vorm van vervolgsbehandeling kan hierbij een belangrijke ondersteuning zijn.

‘Het is iedere dag vechten, hé?’ (Jan).

Men geeft ook aan dat men tijdens het recovery-proces zijn levenshouding moet aanpassen. Je dient jezelf opnieuw te leren kennen en accepteren. De verslaving verandert je persoonlijkheid en je moet deze nieuwe identiteit leren aanvaarden.

‘Allez, de persoon die ik nu ben is heel hard gevormd door mijn alcoholverslaving, maar ook door het feit hoe dat ik er ben uitgekomen. [...] Ja, je moet dat voor jezelf ook aanvaarden. En dan kun je er niet van uitgaan dat die omgeving dat ook ineens aanvaardt. Nee, die hebben ook tijd nodig om dat te plaatsen’ (Tom).

Respondenten geven aan dat ze tijdens de periode dat ze verslaafd waren belangrijke personen uit hun omgeving hebben teleurgesteld en dat recentelijk allerlei leugens aan het licht zijn gekomen. De duur van hun verslaving was meestal veel langer dan het gezin besefte. Tijdens het herstelproces moet men leren omgaan met de problemen die het gevolg zijn van het jarenlange alcoholmisbruik en moet men het vertrouwen van het gezin terugwinnen.

Het aanvaarden van de verslaving en het idee dat men zichzelf niet onder controle kan houden, brengt veel frustraties met zich mee. Het zorgt voor een laag zelfbeeld en verminderd zelfvertrouwen. Alle respondenten geven aan dat opnieuw positief (leren) kijken naar jezelf essentieel is om de problemen te overwinnen.

Basisvoorwaarden voor recovery	R	P	V	T	J	K	M	G	S	E
Terugval als onderdeel van het herstelproces	x		x	x	x		x	x		
Levenslang proces	x	x	x	x		x	x	x		x
Gecontroleerd drinken is niet meer mogelijk	x	x	x	x		x	x	x		x
Omgaan met problemen, zonder beroep te doen op alcohol	x	x	x	x		x	x	x		x
Volgen van nazorg	x	x	x	x	x		x		x	x
Veranderen van je levenshouding		x		x	x		x			x
Aanvaarden van jezelf als nieuwe persoon		x		x	x		x			
Positief kijken naar jezelf	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Steun vanuit de omgeving	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vertrouwen in je gezin herwinnen		x	x	x		x	x			
Aangepaste hulpverlening op maat	x				x	x				

‘Het wordt moeilijker en moeilijker om er terug bovenop te geraken, het duurt veel langer [na een terugval]. Door het feit dat je dat vertrouwen en die hoop begint kwijt te gera-ken [...]. Moet ik nu terug heel die weg afleggen? Maar kijk, voorlopig lukt het en ik maak me daar nu niet zoveel zorgen in’ (Marie).

MOGELIJKE STRUIKELBLOKKEN

Een aantal valkuilen wordt door verschillende respondenten aangehaald (zie tabel 4). De grootste belemmering die genoemd wordt, is de ruime beschikbaarheid van alcohol en de terugkeer naar omgevingen waar gedronken wordt.

‘Ik vind dat je tegenwoordig in deze maatschappij te veel wordt geconfronteerd met alcohol [...]. [Overall] waar je staat, waar je keert, overall. Neem [nu], je gaat de Colruyt [een warenhuis] binnen: het eerste wat daar staat, is een fles wijn voor te proeven. En dan is dat eigenlijk een gevecht tegen [je] verslaving’ (Robbert).

Heel wat respondenten ervaren hinder bij het invullen van hun vrije tijd. Een aantal heeft bovendien last van lichamelijke problemen en ziekten, die hun verslaving in stand houden.

‘Heel uw maag is kapot. Ik kan niet meer eten. Op een dag eet ik een yoghurtje. Ik draag pampers, gewoon [...] omdat mijn lichaam dat niet aankan. En ja, je blijft gewoon drinken’ (Samir).

Bijna alle respondenten geloven dat andere mensen negatief over hen denken. Meer dan de helft van hen zoekt daarom weinig contact met andere mensen.

‘Er zijn er die zeggen: je hebt geen karakter. Hmm ... wat heb ik nog allemaal gehoord. Dat ik zwak ben in mijn hoofd’ (Robbert).

‘Ik ben eigenlijk zowat een kluizenaar, als ik niet drink. Op café, dan heb ik veel praat, maar [...] als ik altijd nuchter zijn [= ben], dan zit ik nog liefst in het bos. Zo op mijnen alleen’ (Gerald).

De respondenten geven ten slotte ook een aantal punten van kritiek tegenover de organisatie van de hulpverlening. Ze geven aan dat ze behoefte hebben aan hulpverlening op maat, met oog voor achterliggende problemen en meer betrokkenheid van hun omgeving. Bijna alle respondenten melden dat de overstap van een gestructureerde hulpverleningssetting zonder alcohol naar hun eigen omgeving te bruusk verloopt en dat ze hierbij weinig ondersteuning krijgen.

Discussie en aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek bij tien (ex-)alcoholverslaafden blijkt dat herstellen met vallen en opstaan verloopt en in belangrijke mate samenhangt met de aanwezigheid van recovery-kapitaal. Ten eerste komt de beschikbaarheid van individueel recovery-kapitaal nadrukkelijk naar voren, waarbij de respondenten onder andere wijzen op het belang van eigenwaarde en trots, de mate van zelfcompetentie en inzicht in en aanvaarding van de verslaving. Ook in de literatuur komt de belangrijke rol naar voren van adequate coping-strategieën (Best e.a., 2010; Hibbert & Best, 2011) en zelfwaardering (Williams e.a., 2012) tijdens het herstelproces. Verder zijn hoopvol uitkijken naar de toe-

Belemmerende factoren/hindernissen	R	P	V	T	J	K	M	G	S	E
Individuele factoren										
Laag zelfbeeld		x					x			x
Dubbele diagnose: depressie			x	x				x		
Moeilijk aanvaarden afhankelijkheid	x				x	x			x	
Negatieve kijk op het leven									x	
Schuldgevoelens, gevoel mensen teleur te stellen	x		x		x		x	x		
In een situatie zitten waar mensen alcohol gebruiken		x		x			x	x		x
Beschikbaarheid alcohol	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Lichamelijke problemen		x	x		x		x	x	x	
Financiële problemen	x							x	x	
Weinig vrijtijdsactiviteiten	x				x	x	x	x	x	
Sociale factoren										
Geïsoleerd leven, geen gezin	x				x			x	x	x
Partner met een afhankelijkheid		x								
Relatieproblemen		x	x			x				
Vertrouwen in gezin weer opbouwen	x			x			x			
Weer in gebruikende omgeving komen	x	x	x	x	x	x	x		x	x
Gevoel dat mensen je niet begrijpen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Gevoel dat mensen negatief over je denken	x	x	x	x	x					x
Alcohol weigeren, gevoel dat mensen dit beoordelen		x	x	x	x	x				
Weinig in contact komen met andere mensen	x	x				x	x	x	x	
Werkloosheid/invaliditeit	x		x		x					x
Veeleisendheid werk		x						x		
Niet in aanmerking komen voor bepaalde hulpverlening	x				x	x			x	
Opgeven hulpverlening, bevestiging laag zelfbeeld							x		x	
Weinig op maat werken in hulpverlening	x				x	x				
Hoge kosten behandeling	x	x	x	x	x			x		

komst en vertrouwen in eigen mogelijkheden belangrijke voorwaarden om tot verandering te komen (Leamy e.a., 2011; Van der Stel, 2012).

Ten tweede onderstrepen de deelnemers het belang van sociaal recovery-kapitaal. Men haalt aan dat een vorm van vervolgbehandeling noodzakelijk is om op terugval te anticiperen of er adequaat op in te spelen en om steun te ervaren van lotgenoten. Ook steun uit het sociale netwerk blijkt zeer waardevol en cruciaal, zoals eveneens uit ander onderzoek is gebleken (Best & Laudet, 2010). Men is op zoek naar een veilige, steunende omgeving waar anderen de nieuwe identiteit aanvaarden en steun bieden bij het maatschappelijk herstel. In de Engels-talige literatuur verwijst men naar deze maatschappelijke inclusie ook wel met de termen ‘connectedness’ en ‘belonging’ ofwel het gevoel hebben erbij te horen (Leamy e.a., 2011).

Uit de verhalen van de respondenten blijkt de chronische, recidiverende aard van een alcoholverslaving (zie ook Van den Brink, 2005; White, 2007b). De meeste respondenten zien terugval als een inherent onderdeel van het herstelproces en de geschetste typologie maakt duidelijk dat twee van de drie groepen er nog steeds mee worstelen. Recovery houdt een verandering van levensstijl in en (ex-)verslaafden (en hun omgeving) moeten deze nieuwe identiteit leren accepteren en uitdragen. We merken dit moeizame herstel met name bij de derde groep respondenten op, die hun verslaving hebben leren aanvaarden en dit zien als een langdurig en confronterend proces dat ze een plaats proberen te geven in hun leven. Trots zijn op deze nieuwe identiteit vormt de essentie van maatschappelijk en persoonlijk herstel en helpt om het stigma dat op verslaving rust weg te werken (Leamy e.a., 2011). Echter, onbegrip en bepaalde stereotypen blijven (ex-)alcoholverslaafden parten spelen. Respondenten geven aan dat ze het moeilijk vinden om open over hun problemen te praten, omwille van een gebrek aan begrip voor en erkenning van hun problematiek. Binnen de recoverybeweging is daarom een belangrijke rol weggelegd voor ervaringsdeskundigen als rolmodellen en om op te komen voor de belangen van mensen met verslavingsproblemen (Best, 2012).

Recovery is veel meer dan louter abstinente, zoals ook uit de interviews en de geschetste typologie blijkt. Onthouding kan een middel zijn om herstel te bereiken, maar is geen doel op zich. Recovery is gericht op veranderingen op verschillende levensdomeinen en het verhogen van de kwaliteit van bestaan (Davidson e.a., 2009). Naast functioneel herstel op het gebied van dagbesteding, vrije tijd, gezondheid en familieleven, zal persoonlijk herstel op deze leefgebieden cruciaal zijn, zodat personen in recovery hun leven ook als aangenaam en

betekenisvol ervaren (Van der Stel, 2012). Kunnen omgaan met herinneringen aan het verleden, blijvende problemen als gevolg van het alcoholmisbruik en de ruime beschikbaarheid van alcohol vereisen echter een groot individueel recovery-kapitaal (Best e.a., 2010).

AANBEVELINGEN

Het onderhavige onderzoek maakt duidelijk dat er meer aandacht nodig is voor het persoonlijke herstelproces van (ex-)verslaafden en hoe dit de zorg en ondersteuning voor deze doelgroep kan bevorderen. Herstel is wel degelijk mogelijk, maar de wegen die er naartoe leiden zijn divers. Hulpverlening kan bijdragen tot herstel, maar kan - gezien de grote kans op terugval - best gepaard gaan met een vorm van zorgcontinuïteit (bijvoorbeeld via deelname aan een vervolgbehandeling of zelfhulpgroep; McLellan, 2002). Recovery mag niet verengd worden tot totale abstinentie of louter functioneel herstel. Er dient voldoende aandacht te zijn voor de subjectieve betekenisverlening door de direct betrokkenen en wat zij waardevol vinden in het leven. Belangrijke kenmerken van persoonlijk herstel zijn verbondenheid, hoop, identiteit, betekenis en 'empowerment' (Leamy e.a., 2011).

De internationale recovery-beweging kan een belangrijke rol spelen in het uitdragen van de persoonlijke ervaringen van duizenden ervaringsdeskundigen. Voorlopig wordt bij de uitbouw en praktische organisatie van de verslavingszorg in Vlaanderen en Nederland echter slechts minimaal gebruik gemaakt van het onschatbare recovery-kapitaal van ex-verslaafden. In het Verenigd Koninkrijk is men wel deze weg ingeslagen, wat niet alleen heeft bijgedragen aan meer aandacht voor persoonlijk en maatschappelijk herstel, maar ook aan meer gemeenschapsvorming in gedepreiveerde buurten (Best, 2012). Meer inzetten op persoonlijk herstel en de hulpverlening hier beter op afstemmen, lijkt dan ook aangewezen om het herstelproces van verslaafden beter te ondersteunen en hun levenskwaliteit te bevorderen.

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Met dit exploratief onderzoek wilden we in de eerste plaats de individuele herstelervaringen van een aantal (ex-)alcoholverslaafden verkennen en gelijkenissen en verschillen in hun verhalen duiden. Dit onderzoek pretendeert dan ook niet representatief te zijn, noch hebben we volledigheid nagestreefd wat betreft de diversiteit van de geselecteerde casussen. Er is in functie van dit onderzoek gekozen voor diepgaande

interviews met een beperkte groep respondenten ($n = 10$), die gericht geselecteerd werden uit deelnemers aan een meer grootschalig follow-up-onderzoek naar de uitkomsten van de behandeling van alcoholverslaving in Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen.

Verder onderzoek is nodig om na te gaan of de gepresenteerde bevindingen veralgemeend kunnen worden naar de totale steekproefpopulatie van het follow-up-onderzoek en naar andere settings. Ten slotte is het om redenen van betrouwbaarheid aangewezen om de onderzoeksgegevens door twee onafhankelijke onderzoekers te laten coderen, maar hier werd van afgestapt gezien de grote mate van overeenstemming na het dubbel coderen van één interview. Wel werd een tweede onderzoeker geraadpleegd in geval van onduidelijkheid of onzekerheid met betrekking tot een bepaalde code.

Summary

The road to recovery: stories of (former) alcohol misusers

Anne Sommer, Anne Dekkers and Wouter Vanderplasschen

Addiction is increasingly regarded as a chronic condition, for which care and control has become more important than cure. This change has also affected the way we look at recovery. The concept recovery was recently (re-)introduced in addiction research and is described as an on-going process during which addicts establish a meaningful life and learn to cope with relapse(s). Since a recovery approach is not common in addiction treatment in Flanders, we decided to start this study from a recovery perspective. This exploratory study including in-depth interviews with ten individuals who participated in alcohol treatment during the past year, sheds light on the way alcoholics experience the recovery process and their recovery capital. We found that personal as well as social recovery resources contribute to the recovery process. As personal recovery capital we identified feelings of self-competence, acceptance of one's dependence and the importance of self-esteem and pride, while the need for social support and inclusion was found as social recovery capital. However, the social acceptance of alcohol use and the widespread availability of alcohol are named as important obstacles on the road to recovery.

Literatuur

Best, D. (2012). *Addiction recovery. A movement for social change and personal growth in the UK*. Brighton: Pavilion.

Best, D. & Laudet, A. (2010). *The potential of recovery capital*. Londen: Royal Society for the Arts.

Best, D., Rome, A., Hanning, K.A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. & Perkins, A. (2010). Research for recovery: A review of the drugs evidence base. Internet: www.scotland.gov.uk/resource/doc/321958/0103435.pdf (10 april 2013).

Brink, W. van den (2005). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving*, 1, 3-14.

Davidson, L., Drake, R.E., Schmutte, T., Dinzeo, T. & Andres-Hyman, R. (2009). Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. *Community Mental Health*, 45, 323-332.

GGZ Nederland (2013). Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel. Internet: www.ggznederland.nl/ggz1315-01-visiedocument-verslavingszorg_web.pdf (30 juli 2013).

Gisle, L. (2008). *Gezondheidssenquête, België 2008. Het gebruik van alcohol*. Brussel: Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid.

Hibbert, L.J. & Best, D. (2011). Assessing recovery and functioning in former problem drinkers at different stages of their recovery journeys. *Drug and Alcohol Review*, 30, 12-20.

Laudet, A. (2008). The road to recovery: where are we going and how do we get there? Empirically-driven conclusions and future directions for service development and research. *Substance Use and Misuse*, 43, 2001-2020.

Laudet, A. & White, W. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction and stress among former poly-substance users. *Substance Use and Misuse*, 43, 27-54.

Laudet, A. & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 51-59.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

McLellan, A.T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97, 249-252.

Mortelmans, D. (2011). *Kwalitatieve analyse met NVivo*. Leuven: Acco.

Sowers, W.E. (2012). Recovery and person centered care: empowerment, collaboration and integration. In H.L. McQuistion, W.E. Sowers, J.M. Ranz & J.M. Feldman (Eds.), *Handbook of community psychiatry* (pp. 79-89). New York/Dordrecht/Heidelberg/Londen: Springer.

Stel, J. van der (2012). *Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen*. De Haag: Boom Lemma.

White, W. (2007a). The new recovery advocacy movement in America. *Addiction*, 102, 696-703.

White, W.L. (2007b). Addiction recovery: its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 229-241.

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., Oades, L. & Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1827-1845.